

### 30. がん患者におけるリハビリテーション介入の効果と ADL 改善因子の検討

徳島大学病院 リハビリテーション部

○近藤 心, 中村 友香, 高田 信二郎, 安井 夏生

#### 【はじめに】

平成 22 年度診療報酬改定により、がん医療推進の一環として「がん患者リハビリテーション料」が設けられ、当院でも医師・看護師・理学療法士・作業療法士各 1 名が所定の講習を受けたのち、平成 22 年 9 月 1 日よりがん患者リハビリテーションを開始した。

リハビリテーションにおけるもっとも重要な目的の一つとして ADL の改善があげられるが、進行性疾患としての側面を持つがんに対しても果たして①ADL の改善が見込めるのか、②ADL が改善するのであれば有意な因子が存在するのかを検討した。

#### 【対象】

対象は 2010 年 9 月から 2011 年 4 月までに当院内にて上記の理学療法士・作業療法士によってリハビリテーションが実施されたがん患者から、死亡例 (9 例)、術後安静指示により ADL 制限があった例 (4 例) を除いた 79 名を①ECOG (Eastern Cooperative Oncology Group) performance status (以下 PS) の Grade0~4 に分類した結果、Grade0 は 0 人、Grade1 は 2 人、Grade2 が 15 人、Grade3 が 45 人、Grade4 が 17 人であった。②また Grade3・4 のうち ADL 改善群 (n=36)、ADL 維持低下群 (n=26) に分類した。

#### 【方法】

ADL は FIM (Functional Independence Measure) を用い、リハビリテーション開始時と終了時に担当セラピストが評価を行った。

①リハビリテーション開始時と終了時の FIM スコアの比較では Wilcoxon の符号付順位

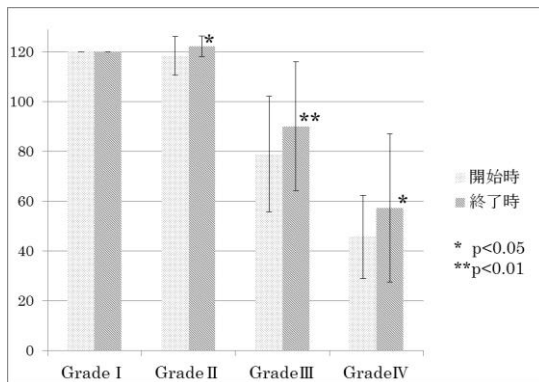
和検定を行い、②ADL 改善群の関連因子の抽出では性別・開始時基本動作 (起き上り、座位保持、起立) と移動能力の自立度に  $\chi^2$  検定を行い、年齢・リハビリ開始までの日数・リハビリ日数・開始時 FIM スコアには対応のない t 検定を行った。

統計ソフトは SPSSstatistics17.0 を使用した。

#### 【結果】

①各 PS でのリハビリ開始時と終了時の FIM スコア変化については、Grade II (n=15) では開始時  $118.3 \pm 7.8$  から終了時  $122.1 \pm 4.1$

( $p < 0.05$ )、Grade III (n=45) では開始時  $78.0 \pm 23.0$  から終了時  $89.7 \pm 26.1$  ( $p < 0.01$ )、Grade IV (n=17) では開始時  $46.3 \pm 15.8$  から終了時  $67.7 \pm 34.8$  ( $p < 0.05$ ) とそれぞれ有意差が認められた。



リハビリ介入における FIM スコアの比較

②ADL 改善群にかかわる因子の分析については、t 検定を行った「年齢」「リハビリ開始までの日数」「リハビリ日数」「開始時 FIM スコア」で有意差が無かった。同じく  $\chi^2$  検定を行った「性別」「開始時基本動作 (起き上り、座位

保持、起立)」では有意差が無く、開始時移動能力のみ統計的に有意差 ( $p<0.05$ ) があった。

	改善群 (n=36)	維持低下群 (n=26)	有意差
性別(男:女)	24:12	15:11	NS
年齢(歳)	69.1±11.3	70.1±16.0	NS
入院からリハビリ開始までの日数	21.7±21.5	19.2±17.4	NS
リハビリ日数	38.1±25.7	27.0±21.7	NS
開始時FIMスコア	68.6±21.8	71.2±31.6	NS
開始時起上り動作 (自立:介助 or 不可)	15:21	15:11	NS
開始時座位保持 (自立:介助 or 不可)	25:11	16:10	NS
開始時起立動作 (自立:介助 or 不可)	9:27	11:15	NS
開始時移動能力 (自立:介助)	2:34	7:19	P<0.05

#### ADL 向上群に関連する因子の抽出

#### 【考察】

上記の結果から、全身状態の程度にかかわらず、がん患者に対するリハビリテーション介入によりADLの改善が見込めることが示された。その原因としてはまず離床の促進が挙げられる。

当院はいわゆるリハビリテーション専門の病院ではなく、特定機能病院として三次医療を行うため、リハビリテーション対象者の全身状態・意識レベルなどが不安定であったり、外科手術直後あるいは化学療法など内科的治療の真ただ中であることが多く、患者本人、ともすれば医療従事者から見ても安静臥床を第一に考えている傾向がある。しかしながらそういった一見離床が難しそうなケースであっても、リスク管理をしっかりと行っていけば、離床可能なケースが少なくない。がんのリハビリテーションにおけるリスク管理については、がん患者におけるリハビリテーションの中止基準<sup>1)</sup>などの報告があるが、実際には単独での項目のみに着

目するのではなく、これまでの経過やほかの症状を踏まえて総合的に判断するのが妥当であると考えられる<sup>2)</sup>。

当院でのリハビリ中の事故については、訓練中の転倒打撲(1件)、運動療法中におけるバイタルサインの著変によりDrコール(1件)があったが、がん治療や生命予後に影響の出るような事故の発生はなかった。

ADL改善群の因子分析では、リハビリテーション開始時の移動能力が介助レベルの者において、リハビリテーション介入によりADLが向上する確率が高まることが明らかとなった。前述のとおり、がん患者に対するリハビリテーションでは離床というアプローチを行うケースが多く、その延長線上として(特に理学療法では)車椅子への移乗、歩行訓練などが存在する。本調査ではそれらの訓練の効果により、有意なADL改善因子となったものと考えられる。

田沼は終末期の患者に対してもADLにアプローチすることはQOLの維持・改善のために有用である<sup>3)</sup>としている。前述のとおり全身状態の低下しているがん患者であっても、リハビリテーション介入でADL改善効果が期待できるのであれば、それがそのままその患者のQOLの維持・改善に寄与できる可能性があると考えられる。

#### 【文献】

- 1) 宮田知恵子、辻哲也：がん患者の抱える問題点とリハビリテーション医学の取り組み. 理学療法 2010 ; 27 : 1161-1168
- 2) 大西正徳、水落和也：全身性機能障害とリスク管理. 総合リハ 2008;36:435-440
- 3) 田沼明：運動療法とリハアプローチの実際. 臨床リハ 2009;18:881-887